

STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY PRZEZ PACJENTÓW ODDZIAŁÓW ZACHOWAWCZYCH I ZABIEGOWYCH

The degree of disease acceptance by patients from non-surgical and surgical wards



Alicja Moczyłowska^{1,2}, Elżbieta Krajewska-Kułak³, Maria Kózka^{4,5}, Krzysztof Bielski¹

¹Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckiem

²Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

³Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

⁵Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 2: 62–70

Praca wpłynęła: 10.12.2013; przyjęto do druku: 7.02.2014

Adres do korespondencji:

Alicja Moczyłowska, Szpital Ogólny, ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie, tel. 660 566 838, e-mail: moczyłowska@szpitalwysmaz.pl

Streszczenie

Wstęp: Akceptacja choroby jest najważniejszym elementem w procesie przystosowania się do życia z chorobą.

Cel pracy: Ocena stopnia akceptacji choroby w zależności od miejsca hospitalizacji.

Materiał i metody: Badaniem objęto po 300 chorych oddziałów zabiegowych (grupa I) i oddziałów zachowawczych (grupa II). Wykorzystano w nim kwestionariusz zawierający między innymi skalę AIS (*Acceptance of Illness Scale*).

Wyniki: Badani z grupy I (64,7%) i II (71,3%) charakteryzowali się średnią i niepełną akceptacją własnej choroby. Ze względu na płeć nie było zasadniczej różnicy w stopniu akceptacji własnej choroby. W grupie I najwyższą wartość w zakresie akceptacji choroby uzyskano w przedziałach wiekowych 41–50 lat (31%) i 51–60 lat (31%), a w grupie II w przedziałach wiekowych 31–40 lat (30%) i 20–30 lat (26%). Największy odsetek respondentów wysoko akceptujących chorobę wskazało na stan cywilny określony jako żonaty lub mężatka (grupa I – 77%; II – 74%). Najwyższy wynik średniej akceptacji choroby ze względu na miejsce zamieszkania wskazywało 79,6% mieszkańców miasta z grupy I i 71,2% z grupy II oraz 67% mieszkańców wsi z grupy I i 57,8% z grupy II.

Wnioski: Chorzy bez względu na oddział, wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i warunki socjalno-bytowe w większości przejawiali średni poziom akceptacji choroby. Wysoki poziom akceptacji choroby uzyskano czterokrotnie częściej na oddziałach zachowawczych niż oddziałach zabiegowych. Różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi oddziałami dotyczyły chorych o wysokim stopniu akceptacji choroby.

Słowa kluczowe: chory, akceptacja choroby.

Summary

Introduction: The acceptance of the disease is the most important element in the process of adapting to life with the disease.

Aim of the study: To assess the degree of disease acceptance depending on the place of hospitalisation.

Material and methods: The study included 300 patients from surgical wards (group, I) and behavioural wards (group II), and the questionnaire used contained, among others, the scale of the AIS (*Acceptance of Illness Scale*).

Results: The respondents in group I (64.7%) and II (71.3%) were characterised by an average and incomplete acceptance of their illness. Due to gender, there was no substantial difference in the degree of disease acceptance. In the group I, the highest value of disease acceptance was found in the groups aged 41–50 (31%) and 51–60 (31%) while in the group II – among people aged 31–40 (30%) and 20–30 (26%). The largest percentage of respondents highly accepting the disease was indicated by the status defined as married (group I – 77%, II – 74%). The highest score of average disease acceptance in depend the place of residence had 79.6% of patients in the group I, and 71.2% in the group II, and 67% of rural residents in the group I and 57.8% in the group II.

Conclusions: Most of the patients, regardless of ward, age, gender, place of residence, education, and social and living conditions had the average levels of acceptance of disease. The high level of acceptance of disease was obtained four times more frequently in the non-surgical than in surgical wards. Significant difference between the wards was found in patients with high level of disease acceptance.

Key words: patient, acceptance of disease.

W literaturze [1, 2] podkreśla się, że każdy człowiek inaczej reaguje na fakt choroby. Jedni bardziej akceptują ten stan, inni nie mogą się pogodzić z tą sytuacją. Osoby, które potrafią zaakceptować swoją chorobę, chętniej podejmują trud walki o powrót do zdrowia i doświadczają mniej negatywnych odczuć i emocji [2, 3].

Akceptacja choroby jest najważniejszym elementem w procesie przystosowania się do życia z chorobą, związanym ze stopniem nasilenia negatywnych reakcji emocjonalnych wywołanych przez nią. Badania [1, 2] dowodzą, że im większa jest akceptacja choroby, tym lepsza adaptacja oraz mniejsze poczucie dyskomfortu wynikające z choroby somatycznej, co w praktyce oznacza dla chorego mniejszy stres, z jednoczesnym zachowaniem poczucia własnej wartości.

Zdaniem Marmurowskiej-Michałowskiej i wsp. [4] znalezienie się w obliczu problemów związanych z objawami choroby, ich dokuczliwością i tendencją do nawracania oraz różnorodnych sytuacji związanych z określonym postrzeganiem choroby przez społeczeństwo wymaga od osoby nią dotkniętej uruchomienia specyficznych dla niej mechanizmów przystosowawczych, pozwalających na zachowanie integralności własnej osoby i wypracowanie skutecznych strategii radzenia sobie z nią. Istotne wydaje się, że aby zdobyć przystosowanie do nowej sytuacji zdrowotnej i społecznej uwarunkowanej chorobą i zmniejszyć przez to poziom negatywnych emocji, konieczna jest akceptacja życia w „nowej rzeczywistości” spowodowanej chorobą [4].

Każda choroba, za Niedzielskim i wsp. [4] oraz Wroną-Polańską [6], zmienia dotychczasowy sposób życia i pociąga za sobą konieczność dokonania w nim nagłych i istotnych zmian. Zaburza pełnienie ról społecznych, zmienia obraz świata i własnej tożsamości, zakłócając równowagę w zakresie realizacji zadań aktualnie wykonywanych bądź planowanych [5–7].

Według Motyki [8] choroba staje się wyzwaniem dla człowieka i należy sprostać wymaganiom nowej rzeczywistości, aby zmierzyć się z nią. W opinii psychologicznej charakter tych prób jest uzależniony od wielu czynników, takich jak: rodzaj i typ schorzenia, wiek, płeć, wykształcenie, poziom inteligencji, osobowość, styl radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych [8].

Niedzielski [5] podkreśla, że najważniejszymi cechami osobowościowymi umożliwiającymi adaptację do nowych zmienionych przez chorobę warunków są: wytrwałość, determinacja, optymizm, nadzieja oraz wiara w sukces. W sytuacji, w której ludzie nie potrafią odnaleźć sensu cierpienia, którego sprawcą jest choroba, budzą się negatywne emocje, pojawia się przygnębienie, niezadowolenie z życia i poczucie bezradności, które ma wpływ na zaniżenie samooceny i poczucia własnej wartości [5].

Hołub [9] zauważa, że choroby przewlekłe pociągają za sobą wiele utrudnień w życiu i różnych niedogodności spowodowanych wieloma czynnikami związanymi

z chorobą. Wszystko to może negatywnie rzutować na funkcjonowanie emocjonalne i psychiczne, a zarazem być głównym źródłem stresu, powodując pogorszenie jakości życia chorych [9].

W literaturze przedmiotu, za Wojnarowską [10], najczęściej wyróżnia się cztery fazy akceptacji choroby:

- **szok** (odrętwienie, bunt) – występujący bezpośrednio po otrzymaniu rozpoznania, kiedy to chorzy kierują się emocjami,
- **kryzys emocjonalny** – osoby chore obwiniają innych i los, mają poczucie niesprawiedliwości i winy, złości, zagubienia, często towarzyszą w tym okresie stany depresyjne,
- **pozorne przystosowanie** – człowiek mechanicznie zaczyna stosować się do zaleceń, co może mieć wpływ na relacje pomiędzy chorym a lekarzem,
- **konstruktywne przystosowanie się** – mobilizacja i aktywna akceptacja choroby sprzyjająca prowadzonej edukacji, która na tym etapie jest najskuteczniejsza.

Zdaniem Karskiego [11] zdolności adaptacyjne względem rozwoju chorób w każdym okresie jego rozwoju osobniczego w integracji ze środowiskiem stanowią postępującą równowagę adaptacyjną. W przypadku gdy nie można przystosować się do środowiska, organizm wkracza w stan choroby, co objawia się narastaniem procesów chorobowych [11].

Celem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby w zależności od miejsca hospitalizacji.

Materiał i metody

Badania, na które uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/52/2011, przeprowadzono od 1 grudnia 2011 r. do 31 maja 2012 r. w szpitalu w Wysokiem Mazowieckiem w grupie 300 losowo wybranych chorych oddziałów zabiegowych (grupa I), w tym z Oddziałów: Chirurgicznego Ogólnego, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologiczno-Położniczego i 300 losowo wybranych chorych oddziałów zachowawczych (grupa II), w tym z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Pulmonologii. W I grupie ogółem rozprawdzono 355 ankiet, z czego do badania wykorzystano 300, a w II grupie – 345 ankiet, z czego do badania wykorzystano 300.

Pacjenci uczestniczący w badaniu byli pełnoletni (mieli 18 lat i powyżej), przebywali przynajmniej 3 doby w szpitalu, byli zdolni do czytania i pisanie, bez wpływu leków psychotropowych i dolegliwości bólowych, nie mieli zaburzeń świadomości i wyrazili zgodę na badanie. Chorzy wypełniali ankiety o optymalnej porze dnia.

Zasadnicze badania zostały poprzedzone badaniem pilotażowym, w grupach po 50 pacjentów z każdego oddziału, które pozwoliło na zweryfikowanie jasności stwierdzeń sformułowanych w kwestionariuszach.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz zawierający:

- pytania o płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, z kim mieszka, warunki socjalno-bytowe respondenta,
- standaryzowaną skalę akceptacji choroby AIS w polskiej adaptacji Luczyńskiego [4].

Skala akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS), autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsena, w polskiej adaptacji Luczyńskiego [4], składa się z 8 pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. Każde pytanie zawierało pięciostopniową skalę, a badana osoba określała swój obecny stan zdrowia, zaznaczając odpowiednio cyfrę: 1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie wiem, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast brak zgody – akceptację choroby. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów, mieszcząca się w zakresie 8–40 pkt. Do określenia stopnia akceptacji utworzono trzy przedziały punktowe, gdzie liczba punktów: 8–18 oznaczała brak akceptacji choroby, 19–29 – średnią akceptację, 30–40 – dobrą akceptację.

Wyniki

Na oddziałach zabiegowych (grupa I) 51,3% badanej grupy stanowiły kobiety, a pozostałe 48,7% mężczyźni. Na oddziałach zachowawczych (grupa II) większość stanowili mężczyźni – 61,3%, a mniejszość kobiety – 38,7%. W grupie I i II największy odsetek pacjentów odnotowano w przedziale wiekowym powyżej 70 lat (21,34% – grupa I i 53,3% – grupa II). Pacjenci w wieku do 20 lat stanowili 6,7% badanych z grupy I i 0,7% z grupy II; w wieku 20–30 lat – 18,3% z grupy I i 1,3% z grupy II; w wieku 31–40 lat – 16,3% z grupy II i 0,3% z grupy I; w wieku 41–50 lat – 12,7% z grupy II i 6,7% z grupy I; w wieku 51–60 lat – 13,3% z grupy II i 16,3% z grupy I oraz w wieku 61–70 lat – 11,3% z grupy II i 21,3% z grupy I.

Wśród badanej populacji stwierdzono, że najliczniejsza grupa ankietowanych określała swój stan cywilny jako żonaty lub mężatka, zarówno na oddziałach zabiegowych (66%), jak i zachowawczych (60,3%), a najmniejsza w obu grupach – jako rozwiedziony lub rozwiedziona (grupa I – 2,0%; grupa II – 0,7%). Wdowami lub wdowcami było 13,7% osób z grupy I i 25,7% z grupy II. W stanie wolnym było 15,7% badanych grupy I i 11% z grupy II, a w separacji – 2,7% z grupy I i 2,3% z grupy II.

W mieście zamieszkiwała większość respondentów grupy II (51%) i mniejszość z grupy I (34,3%), natomiast na wsi większość badanych z grupy I (65,7%) i mniejszość z grupy II (49%).

Analizując sposób zamieszkania osób z grupy I, stwierdzono, że największa liczba ankietowanych wskazała na zmienną zamieszkiwania z żoną lub mężem i dziećmi – 36%, a następnie tylko z żoną lub tylko z mężem – 28,7%, samotnie – 18%, tylko z dziećmi – 11,3%, lub z innymi krewnymi lub innymi osobami – 6%. Osoby z grupy II mieszkaly tylko z żoną lub tylko z mężem – 31,3%, z żoną (mężem) i dziećmi – 27%, samotnie – 21,7%, tylko z dziećmi – 19,7% lub z innymi krewnymi lub innymi osobami – 0,3%.

Na oddziałach zabiegowych (grupa I) najliczniejsza grupa pacjentów miała wykształcenie średnie (35,7%), a pozostali wyższe (30,3%) lub zawodowe (34%). Na oddziałach zachowawczych (grupa II) wykształceniem zawodowym legitymowało się 56% pacjentów, średnim – 28,7%, a wyższym – 15,3%.

Podczas analizy warunków socjalno-bytowych pacjentów ankietowanych okazało się, że największa liczba osób zarówno w oddziałach zabiegowych (53,7%), jak i zachowawczych (43,3%) deklarowała średnie warunki bytowe. Pozostali respondenci z oddziałów zabiegowych deklarowali warunki dobre – 25%, słabe – 17,3% lub bardzo słabe – 4%, natomiast z oddziałów zachowawczych słabe – 35%, dobre – 18,7% lub bardzo słabe – 3%.

Podstawą oceny stopnia akceptacji choroby były wyniki badań uzyskane za pomocą skali AIS, a miarą stopnia akceptacji choroby była suma uzyskanych punktów. Z raportu liczenia wyników surowych i rzetelności skali AIS, składającej się z 8 itemów, przy dokonanych obliczeniach łącznie w obu grupach (w całej próbie – 600 osób) wynika, że rzetelność (α Cronbacha) tej skali jest bardzo wysoka, równa 0,847.

Zestawienie statystyk opisowych itemów wchodzących w skład skali AIS oraz rzetelności tej skali, policzone dla zmodyfikowanego klucza, w którym jeden item zostawał pomijany z powodu braku ważności pod względem statystycznym, przedstawiono w tabeli 1.

Zakres skali AIS obejmował 8–40 pkt. Niski wskaźnik akceptacji choroby określała wartość < 19 pkt, która oznaczała brak lub bardzo niską akceptację choroby i przystosowania się do niej z poczuciem dyskomfortu psychicznego z obecności jej w życiu chorego. Wartości > 29 pkt uważane są za wysoką i pełną akceptację choroby. Średni wynik mieścił się w granicach 19–29 pkt.

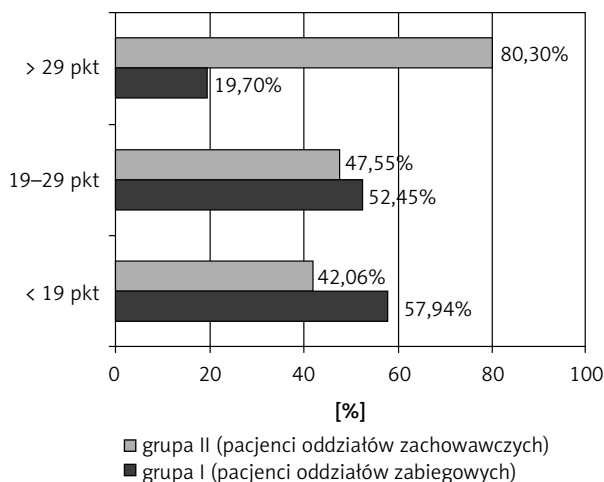
Analizując stopień akceptacji chorób w obu badanych grupach: I – złożonej z pacjentów oddziałów zabiegowych i II, którą stanowili pacjenci oddziałów zachowawczych, stwierdzono, że najliczniej przez grupy badanych reprezentowane były wyniki w przedziale 19–29 pkt skali AIS, zarówno na oddziałach zachowawczych (64,7%), jak i zabiegowych (71,3%), co określa średnią i niepełną akceptację własnej choroby przez te grupy chorych. Wartości wysokie, mieszczące się w przedziale 30–40 pkt, świadczące o bardzo dobrej akceptacji stanu chorobowego, uzyskano

Tabela 1. Wyniki surowe i rzetelność skali AIS

AIS		Średnia	SD	α Cronbacha	Korelacja ze skalą
		2,8433	0,7290	0,847	
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,652	0,886	0,835	0,531
2	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najlepiej lubię	2,712	0,993	0,822	0,643
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	2,850	1,015	0,818	0,672
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	2,710	1,007	0,822	0,643
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	2,770	1,098	0,827	0,601
6	Mój stan zdrowia sprawia, że czuję się pełnowartościowym człowiekiem	2,788	1,072	0,833	0,553
7	Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,920	1,131	0,828	0,591
8	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,345	1,163	0,846	0,459

w grupie II (17,7%), w porównaniu z grupą I (5,7%). Najniższa akceptacja choroby lub zupełny jej brak występowały w obu badanych grupach. Uzyskano zbliżone wartości punktowe skali AIS, z niewielką przewagą w grupie I co do liczby uzyskanych odpowiedzi (oddziały zabiegowe – 24,3%; oddziały zachowawcze – 17,7%). Stopień akceptacji choroby w obu badanych grupach przedstawiono na rycinie 1.

Z badań wynika, że w obu grupach nie było zasadniczej różnicy w stopniu akceptacji choroby w zależności od płci. Największa liczba ankietowanych uzyskiwała wartości średnie (grupa I: kobiety – 45,3%, mężczyźni – 26,0%; grupa II: kobiety – 34,0%, mężczyźni – 30,7%). Rozkład zmiennej względem poziomu akceptacji choroby I grupy badanych zilustrowano na rycinie 2., a grupy II na rycinie 3.

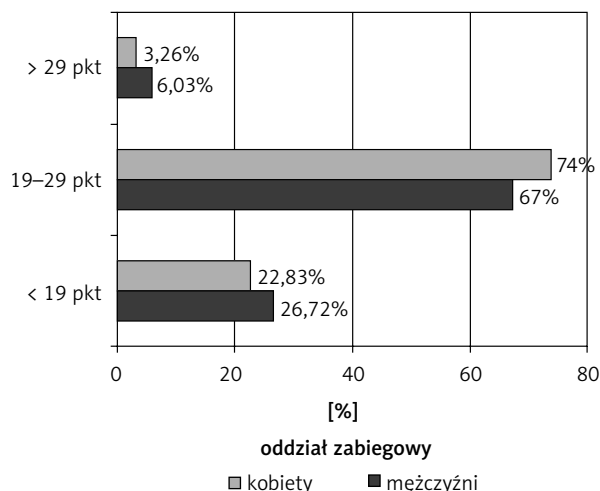


Ryc. 1. Analiza skali AIS w zakresie stopnia akceptacji choroby z podziałem na trzy podskale wartości w obu grupach badanych respondentów

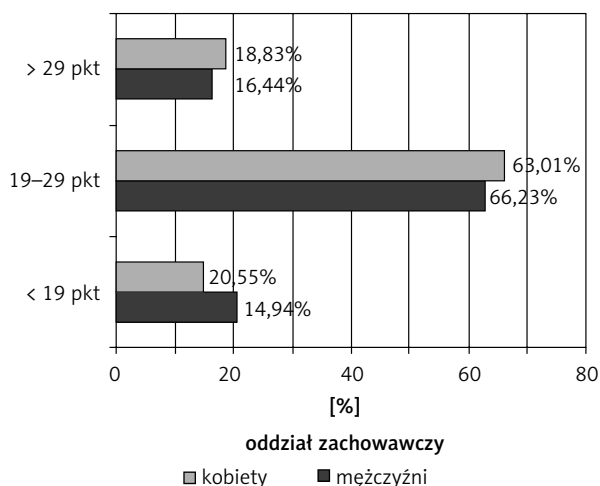
Wykazano różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) pomiędzy kobietami z oddziałów zachowawczych a zabiegowych w aspekcie wysokiego stopnia akceptacji choroby (> 29 pkt w skali AIS).

Stopień akceptacji choroby ze względu na wiek analizowano wg podziału na siedem grup, tj.: do 20 lat, 20–30 lat, 31–40 lat, 41–50 lat, 51–60 lat, 61–70 lat, > 70 lat. W grupie I najwyższą wartość w zakresie akceptacji choroby uzyskano w przedziałach wiekowych 41–50 lat (31%) i 51–60 lat (31%) oraz średnią (47%) i zarazem najniższą wartość (77%) świadczącą o braku jej akceptacji u osób > 70 lat. Rozkład danych przedstawiono na rycinie 4.

Analizując dane dotyczące skali AIS wg przedziałów wiekowych ankietowanych pacjentów z grupy II, można stwierdzić, że wysoki stopień akceptacji choroby wska-



Ryc. 2. Analiza skali AIS w zakresie stopnia akceptacji choroby badanych respondentów należących do I grupy (oddziały zabiegowe) ze zmienną wg płci

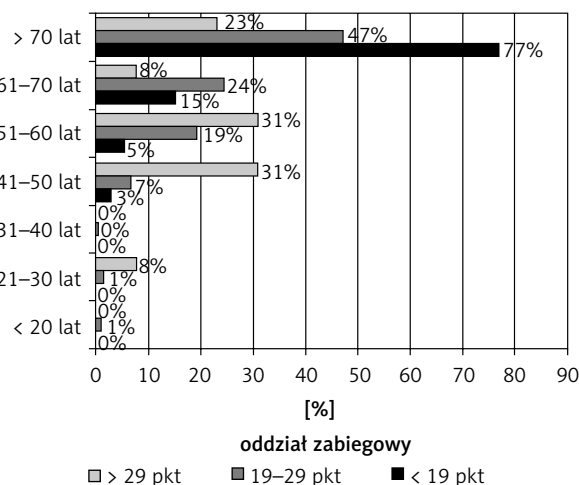


Ryc. 3. Analiza skali AIS w zakresie stopnia akceptacji choroby badanych respondentów należących do II grupy (oddziały zachowawcze) ze zmienną wg płci

zali pacjenci mieszczący się w młodszych przedziałach wiekowych niż w I grupie badanych osób, tj. 31–40 lat (30%) i 20–30 lat (26%), a pod względem braku akceptacji największy odsetek respondentów przypada w przedziale wiekowym > 70 lat (70%). Średni stopień akceptacji choroby mieścił się w każdym przedziale wiekowym z niewielkim różnicowaniem procentowym w poszczególnych grupach. Szczegółowo dane uzyskane w badaniu przedstawiono na rycinie 5.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi w wieku > 70 lat z oddziałów zachowawczych a pacjentami w tej samej grupie wiekowej z oddziałów zabiegowych w aspekcie wysokiego stopnia akceptacji choroby (> 29 pkt w skali AIS) – $p < 0,01$ oraz średniego stopnia akceptacji choroby (19–29 pkt w skali AIS) – $p < 0,001$.

Z badań wynika, że stopień akceptacji choroby po uwzględnieniu stanu cywilnego badanych osób za-



Ryc. 4. Rozkład zmiennych w zakresie przedziału wiekowego i stopnia akceptacji choroby w grupie I (pacjenci oddziałów zabiegowych)

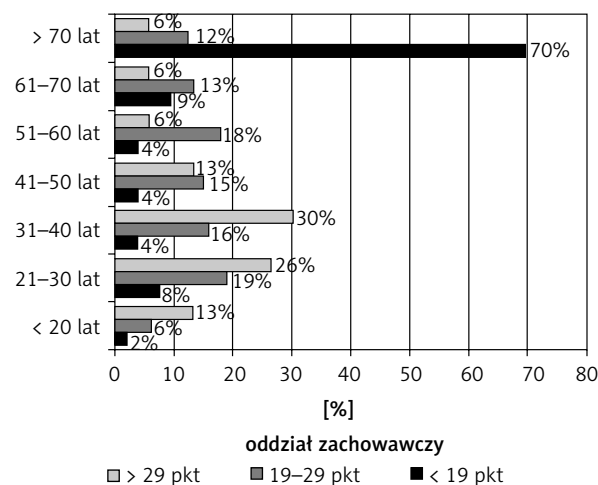
równy na oddziałach zabiegowych (I grupa), jak i zachowawczych (II grupa) kształtował się bardzo podobnie. Najwięcej respondentów wysoko akceptujących chorobę ujętych w przedziale 30–40 pkt wskazało na stan cywilny określony jako żonaty/mężatka (grupa I – 77%, grupa II – 74%). Podobnie przedstawiał się średni stopień akceptacji choroby (grupa I – 65%, grupa II – 72%), natomiast największy brak akceptacji choroby w obu grupach badanych występował u wdowców lub wdów (grupa I – 45%, grupa II – 56%). Szczegółowo opisany rozkład przedstawiono na rycinach 6. i 7.

Wykazano różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) pomiędzy wdowcami lub wdowami z oddziałów zachowawczych i zabiegowych w aspekcie wysokiego stopnia akceptacji choroby (> 29 pkt w skali AIS).

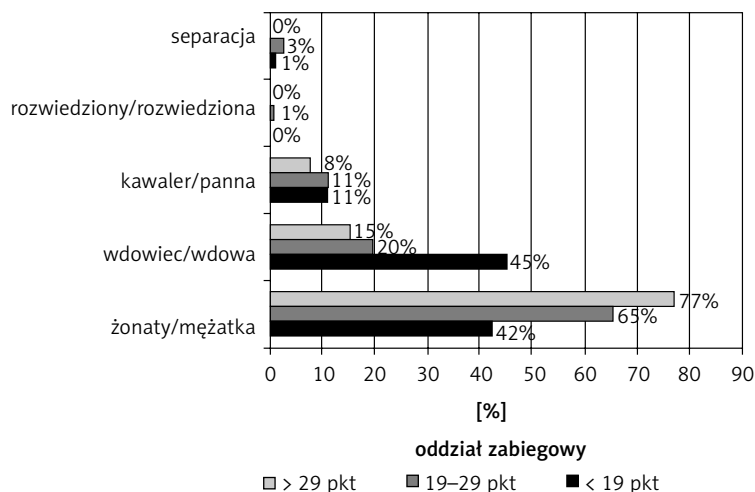
W obu badanych grupach uzyskano najwyższy wynik średniej akceptacji choroby ze względu na miejsce zamieszkania, w zakresie 19–29 pkt w skali AIS (grupa I: wieś – 67,0%, miasto – 79,6%; grupa II: wieś 57,8%, miasto 71,2%). Pod względem niskiej i wysokiej akceptacji choroby wynik w obu grupach kształtował się, przybierając wartości bardzo zbliżone. Dane w odniesieniu do stopnia akceptacji choroby przedstawiono na rycinach 8. i 9.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi mieszkańcami miast ($p < 0,05$) i wsi ($p < 0,01$) z oddziałów zachowawczych i zabiegowych w aspekcie wysokiego stopnia akceptacji choroby (> 29 pkt w skali AIS).

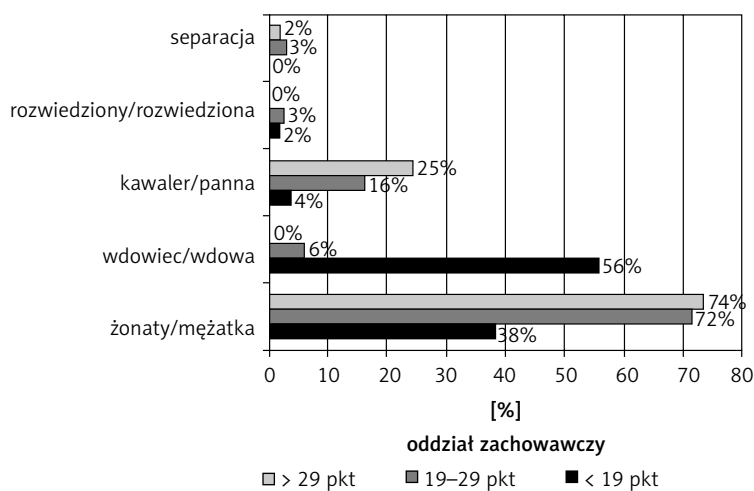
Z przeprowadzonych badań wynika, że wykształcenie nie miało zbyt dużego wpływu na stopień akceptacji choroby. W obu badanych grupach wyniki były bardzo podobne i największa liczba respondentów z każdym wykształceniem wykazywała średni stopień akceptacji choroby, mieszcząc się w przedziale 19–29 pkt. Na oddziałach zabiegowych najwyższą wartość uzyskali chorzy z wykształceniem średnim (82,6%), a na zachowaw-



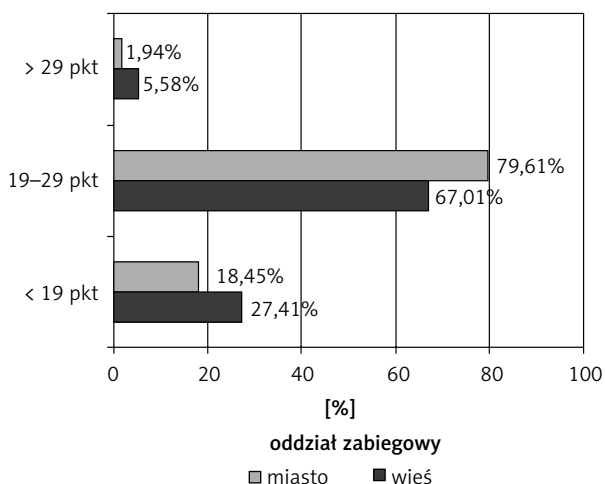
Ryc. 5. Rozkład zmiennych w zakresie przedziału wiekowego i stopnia akceptacji choroby w grupie II (pacjenci oddziałów zachowawczych)



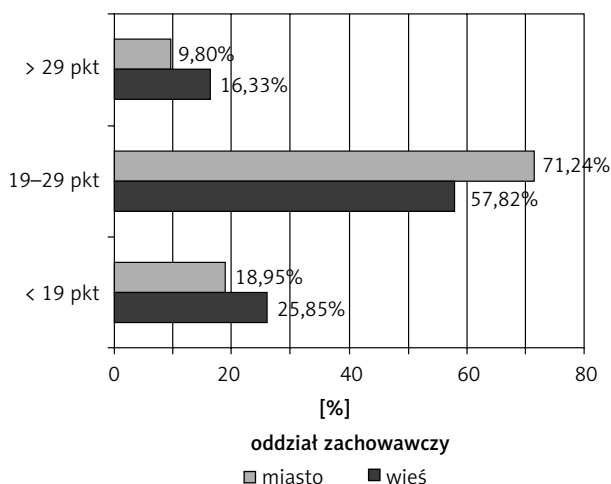
Ryc. 6. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji choroby w grupie I wg stanu cywilnego osób badanych



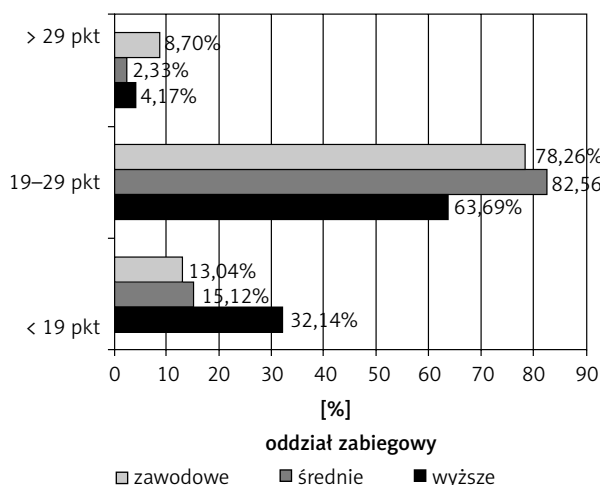
Ryc. 7. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji choroby w grupie II wg stanu cywilnego osób badanych



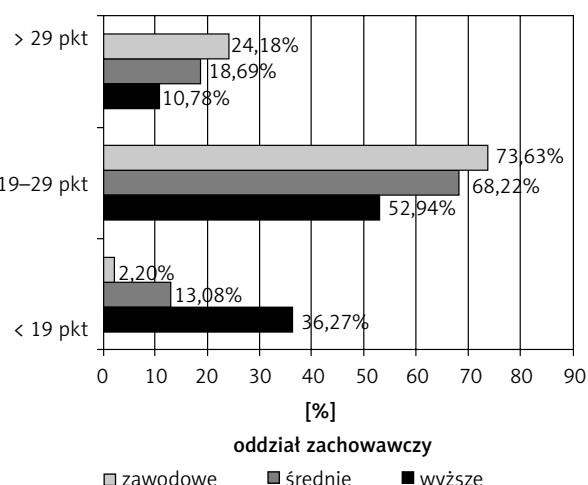
Ryc. 8. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji choroby w grupie I wg miejsca zamieszkania osób badanych



Ryc. 9. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji w grupie II wg miejsca zamieszkania osób badanych



Ryc. 10. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji w grupie I wg wykształcenia osób badanych



Ryc. 11. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji choroby w grupie II wg wykształcenia osób badanych

czych z wykształceniem zawodowym (73,6%), różnice nie były istotne statystycznie. Wyniki przedstawiono na rycinach 10. i 11.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi z wykształceniem zawodowym ($p < 0,001$), średnim ($p < 0,001$) i wyższym ($p < 0,05$) z oddziałów zachowawczych i zabiegowych w aspekcie wysokiego stopnia akceptacji choroby (> 29 pkt w skali AIS).

Wykazano, że warunki socjalno-bytowe nie miały zbyt dużego wpływu na stopień akceptacji choroby w odniesieniu do ankietowanych z oddziałów zabiegowych, jak również zachowawczych. Większość ankietowanych wyrażała średni stopień akceptacji choroby. Szczegółowe dane przedstawiono na rycinach 12. i 13.

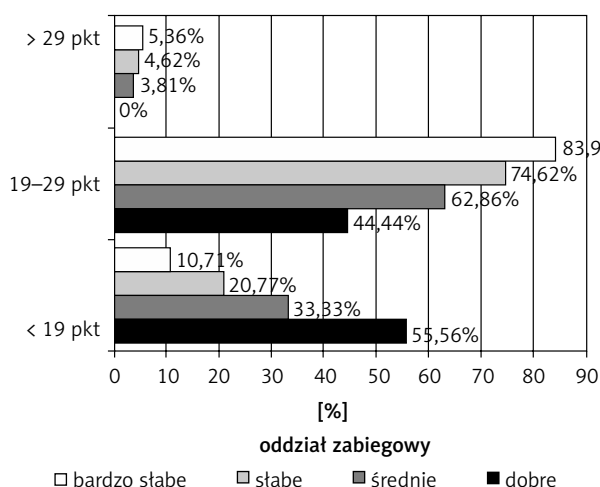
Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi deklarującymi bardzo słabe ($p < 0,001$) i słabe ($p < 0,001$) warunki socjalno-bytowe z oddziałów zachowawczych i zabiegowych w aspekcie wysokiego stopnia akceptacji choroby (> 29 pkt w skali AIS).

Dyskusja

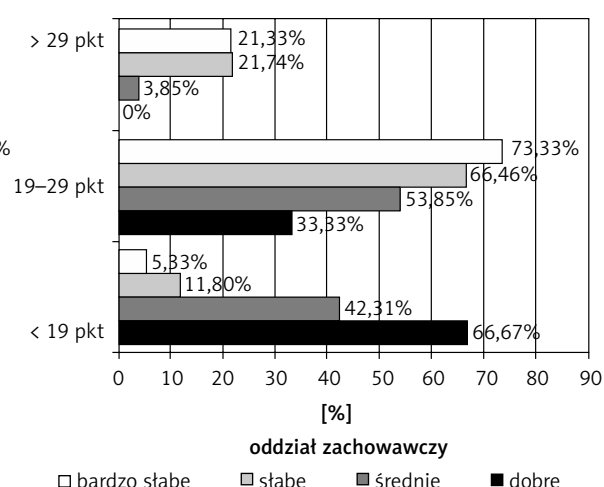
Każda choroba stwarza problem z przystosowaniem się do niej. W zależności od tego, jak dany człowiek traktuje swoją chorobę, przyjmuje określoną postawę wobec procedury jej leczenia. W związku z tym niezwykle ważne wydaje się przystosowanie do nowej sytuacji życiowej, zdrowotnej i społecznej, a istotnym czynnikiem w tym procesie „akceptacja” swego losu i sposobu funkcjonowania w chorobie.

Określanie stopnia akceptacji choroby stanowi coraz powszechniejszy problem w naukach medycznych.

W piśmiennictwie fachowym [2, 9, 12–14], podkreśla się, że im wyższy jest stopień akceptacji choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze nasilenie negatywnych emocji obserwuje się u pacjentów. Udowodniono bowiem [2, 9, 12–14], że osoby akceptujące chorobę jednocześnie wykazywały optymistyczne, pełne nadziei podejście do życia, zaufanie do lekarzy, metod leczenia, a także brały aktywny udział w terapii.



Ryc. 12. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji choroby w grupie I wg warunków socjalno-bytowych osób badanych



Ryc. 13. Rozkład zmiennych w zakresie akceptacji choroby w grupie II wg warunków socjalno-bytowych osób badanych

Karna-Matjaszek i wsp. [15] objęli badaniami 50 pacjentów (40 kobiet i 10 mężczyzn) z rozpoznaną jaskrą pierwotną otwartego kąta, w wieku 20–90 lat. Autorzy stwierdzili, że tylko 1/3 badanych prezentowała bardzo dobrą akceptację choroby [15]. Analiza wykazała istotny statystycznie związek ($p = 0,0005$) pomiędzy stopniem akceptacji choroby a rezygnacją z różnych form aktywności. Im słabsza była akceptacja choroby, tym w większym stopniu pacjenci rezygnowali z wszelkich aktywności życiowych [15].

Przeprowadzone badania własne dotyczące akceptacji choroby pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem dowodzą, że chorzy przebywający na oddziałach zabiegowych i zachowawczych różnili się pod tym względem między sobą. Większość badanych średnio akceptowała stan, w jakim się znalazła. Wysoki poziom akceptacji choroby występował u większości pacjentów na oddziałach zachowawczych i stanowił on czterokrotność odsetka stwierdzonego wśród badanych z oddziałów zabiegowych. Podobne wyniki uzyskały Kurowska i Rumińska [16] oraz Kaczmarczyk [17].

Kurowska i Rumińska [16] przebadaly 98 pacjentów po operacji aloplastyki stawu biodrowego przebywających na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu przy ul. św. Józefa. Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla badanej grupy 23,65 pkt, co świadczy o średnim przystosowaniu się do choroby. Odchylenie standardowe wynosiło ponad 36,8% wartości przeciętnej, co z kolei świadczy o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników. Autorki [16] uważają, że zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 31,6% pacjentów, były to osoby, które uzyskały powyżej 30 pkt. Zatem średnia z każdego aspektu AIS oscylowała w granicach 4–5 pkt. Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem płci pomiędzy grupami w kwestii akceptacji choroby i jej pozycji [16].

Kaczmarczyk [17], badając grupę 454 osób starszych w wieku 65 lat i więcej, w tym 221 osób z domów pomocy społecznej (DPS) i 233 ze środowiska domowego, uzyskała wartości średnie skali AIS w grupie mieszkańców DPS (23,5 ± 6,7). Wykazała także, że mieszkańcy DPS gorzej akceptowali ograniczenia spowodowane procesem chorobowym niż starsze osoby zamieszkujące w środowisku rodzinnym [17].

Kuśak i Kondzior [18] badaniami objęli 62 pacjentów w wieku 24–60 lat (43 ± 8,4 roku) z rozpoznaną dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego. Autorzy stwierdzili brak akceptacji choroby w skali AIS u 25,8% pacjentów, średnią akceptację u 29%, a dobrą akceptację schorzenia u 48,3% osób. Nie wykazali istotnej zależności ($R = 0,090$, $p = 0,484$) pomiędzy natężeniem bólu a objawami łagodnej depresji, podobnie między bólem a akceptacją choroby ($R = -0,062$, $p = 0,627$) [18].

W opisywanym badaniu najwyższą wartość w zakresie akceptacji choroby uzyskano w grupie I w przedziałach wiekowych 41–50 lat (31%) i 51–60 lat (31%), a w grupie II u chorych z przedziału wiekowego 31–40 lat (30%) i 20–30 lat (26%). Różnice istotne statystycznie uzyskano pomiędzy badanymi z oddziałów zachowawczych i zabiegowych będących w wieku powyżej 70 lat i prezentujących wysoki ($p < 0,01$) lub średni ($p < 0,001$) stopień akceptacji choroby.

Basińska i wsp. [19] badaniem objęli 59 osób z chorobą Gravesa-Basedowa (50 kobiet i 9 mężczyzn) oraz 55 osób zdrowych (49 kobiet i 6 mężczyzn) i stwierdzili, że osoby z chorobą Gravesa-Basedowa charakteryzowała w porównaniu z innymi grupami pacjentów stosunkowo wysoka akceptacja choroby.

W badaniu Nowickiego i Ostrowskiej [20] udział wzięło 25 kobiet w wieku 32–70 lat (średnia wieku 53 lata) będących 3–6 miesięcy po zabiegu i w trakcie leczenia uzupełniającego. Najwyższy poziom akceptacji choroby występował u osób w 4. miesiącu po zabiegu, natomiast w 3., 5. i 6. miesiącu po operacji akceptacja utrzymywała się na podobnym poziomie. W trakcie leczenia uzupełniającego różnice w akceptacji choroby w poszczególnych miesiącach po operacji nie różniły się znamienne. Najwięcej kobiet, bo 11 (44%), dobrze akceptowało chorobę, źle natomiast – 5 kobiet (20%) [20].

Analiza akceptacji choroby w obecnym badaniu wykazała, że największa liczba ankietowanych kobiet i mężczyzn prezentowała średni poziom akceptacji choroby (grupa I: kobiety – 45,3%; mężczyźni – 26,0%; grupa II: kobiety – 34,0%; mężczyźni – 30,7%). Jedyne różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) pomiędzy badanymi oddziałami dotyczyły kobiet o wysokim stopniu akceptacji choroby (> 29 pkt).

Każmierska-Zajac i Rosińczuk-Tonderys [21] badaniem objęli 26 pacjentów (15 kobiet, 11 mężczyzn) z ataksją, w wieku 23–60 lat. Autorzy [21] wykazali, że największy problem w akceptacji choroby przez badanych z ataksją stanowiła zależność od osób trzecich oraz poczucie, że nigdy nie będą samowystarczalni w takim stopniu, w jakim chcieliby być. Badani również odczuwali, że choroba ograniczyła bądź uniemożliwiła im wykonywanie czynności, których robienie przed chorobą było przyjemnością. Średni stopień akceptacji choroby wśród kobiet wyniósł 16,93 pkt, a wśród mężczyzn 22,18 pkt. Zdecydowanie większą trudność z przystosowaniem się do choroby wykazywały kobiety. Czas trwania choroby nie wpływał znacząco na stopień akceptacji choroby [21].

W badaniach Bilińskiej i Sitek [22] wzięło udział 32 pacjentów z miastenią. Stwierdzono w nich, że akceptacja choroby ujemnie korelowała z nasileniem depresji, lękiem jako cechą i niesprawnością. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie związków między akceptacją choroby a innymi parametrami funkcyjno-

wania psychologicznego i wskaźnikami stanu klinicznego [22].

Marzec i wsp. [23] badaniem objęli osoby z przewlekłą chorobą nerek i z cukrzycową chorobą nerek w stadium niewydolności, leczonych hemodializą. Poziom akceptacji choroby w grupach badanych wyniósł $M = 22,10$, co świadczy o braku pełnej akceptacji choroby. Jednocześnie wykazano, że akceptacja choroby słabo korelowała z ograniczeniami funkcjonowania w chorobie [23].

W opisywanym w niniejszej pracy badaniu większość pacjentów zamieszkujących na wsi miała niższy poziom akceptacji choroby niż osoby zamieszkujące w mieście, jednak w obu badanych grupach najliczniejszą frakcję stanowią chorzy ze średnią akceptacją choroby. Różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi mieszkańcami miast ($p < 0,05$) i wsi ($p < 0,01$) z oddziałów zachowawczych a zabiegowych dotyczyły osób o wysokim stopniu akceptacji choroby.

Podsumowując, warto podkreślić, za Painter [24], że akceptacja choroby może stanowić element aktywizujący człowieka, ale też zachowana aktywność fizyczna (i inna) sprzyja wzrostowi akceptacji choroby.

Wnioski

Chorzy bez względu na oddział, na którym są hospitalizowani, wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i warunki socjalno-bytowe w większości przejawiają średni poziom akceptacji choroby.

Wysoki poziom akceptacji choroby uzyskano czterokrotnie częściej na oddziałach zachowawczych niż oddziałach zabiegowych.

Różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi oddziałami dotyczyły chorych o wysokim stopniu akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer, New York 1984.
- Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym. *Post Psych Neurol* 2008; 17: 15-21.
- Tobiasz-Adamczyk B, Szafraniec K, Bajka J. Zachowania w chorobie. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2000.
- Marmurowska-Michałowska H, Dubas-Ślęmp H, Kozak A i wsp. Przystosowanie do choroby w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – doniesienie wstępne. *Badania nad Schizofrenią* 2004; 5: 324-329.
- Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 60: 5-6.
- Wrona-Polańska H. Człowiek wobec poważnej choroby somatycznej – próba syntezy. *Sztuka Leczenia* 2000; 6: 77-84.
- Niewiadomska J. Psychologiczne problemy pacjentów przewlekle chorych leczonych hemodializami a poprawa jakości życia z uwzględnieniem podawania erytropoetyny. *Nefrol Dial Pol* 2003; 7: 25-27.
- Motyka M. Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Hołub G. Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Med Prakt* 2007; 2: 165-168.
- Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Karski JB. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wyd. II. Wyd. CeDe-Wu Sp. z o.o., Warszawa 2006.
- Rostowska T, Walęcka-Matyja K. Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry – analiza porównawcza. *Psychoonkol* 2003; 7: 7.
- Oleś P, Steuden S, Toczolowski J. Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia. *Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin* 2002.
- Karna-Matjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Pol Merk Lek* 2010; 163: 37.
- Kurowska K, Rumińska B. Akceptacja choroby i radzenia sobie ze stresem u osób po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 4: 203-210.
- Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Stud Med* 2008; 12: 29-33.
- Kulak W, Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91: 153.
- Basińska MA, Zalewska-Rydzikowska D, Wolańska P, Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Pol J Endokrynol* 2008; 59: 23-28.
- Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merk Lek* 2008; 143: 403-407.
- Kaźmierska-Zajac M, Rosińczuk-Tonderys J. Stopień akceptacji choroby pacjentów cierpiących na ataksję. dostępne na: http://ataksja.home.pl/autoinstalator/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/stopien_akceptacji.pdf. Data pobrania: 25.11.2013.
- Bilińska MM, Sitek EJ. Jakość życia i akceptacja choroby w miasteczku. *Post Psych Neurol* 2007; 16: 139-143.
- Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Piel XXI wieku* 2011; 35: 51-56.
- Painter P. Physical functioning in end-stage renal disease patients: Update 2005. *Hemodial Int* 2005; 9: 218-235.